

Manejo y comportamiento de la niñez temprana en la práctica odontológica

Management and behaviour of patients at early childhood in dental practice

Isabel CALERO¹, Lina ARISTIZABAL¹, Judy VILLAVICENCIO²

1. Residente Odontología Pediátrica y Ortopedia Maxilar, Escuela de Odontología, Universidad del Valle (Cali, Colombia). 2. Profesora Escuela de Odontología, Universidad del Valle (Cali, Colombia).

RESUMEN

El manejo de la conducta y el comportamiento del paciente niño en la niñez temprana es un componente clave para el éxito en la consulta odontológica. En esta revisión de la literatura se encontró que la ansiedad dental se presenta en la mayoría de la población infantil, también evidencia que una de las técnicas más usada es la técnica decir-mostrar-hacer. La comunicación con los padres y su participación son una herramienta vital en el comportamiento del niño. Esto nos lleva a que debemos hacer mayor énfasis en la explicación que se da a los padres acerca de los procedimientos a realizar en sus hijos y la importante labor y compromiso del odontopediatra en el manejo de la conducta del paciente pediátrico.

Palabras clave: Ansiedad dental, manejo, conducta, niñez temprana.

SUMMARY

Behavior management of patient child in early childhood is a key component for success in dentistry, in this review of the literature found that dental anxiety is present in most of the child population, also

evidence that one of the most common technique used is the tell-show-do. The Communication with parents and their participation is a vital tool in the child's behavior. This bring us to that we must place greater emphasis on the explanation given to parents about the procedures performed on children and the important work and commitment of the dentist in the behavior management of pediatric patients.

Key words: Dental anxiety, behavior management, early childhood.

INTRODUCCIÓN:

El manejo de la conducta del paciente pediátrico en la niñez temprana por parte del odontólogo, tiene una influencia en el comportamiento del niño, aunque los padres y el entorno juegan un papel importante en la adaptación del infante (1).

Debido a que existen diferentes personalidades, el odontólogo o especialista debe tener un comportamiento proactivo, utilizando diferentes técnicas para el manejo de la conducta. Es difícil determinar las reacciones emocionales del niño, y su desarrollo psicológico muchas veces son respuestas a factores genéticos del entorno y experiencias previas (1,2).

La niñez temprana corresponde a la etapa de tres a seis años de edad, esta época es esencial en el desarrollo psicosocial de los niños, el desarrollo emocional del niño y su sensación del yo tienen sus raíces en las experiencias vividas en estos años (2).

Aproximadamente a los cinco o seis años de edad, se dan los mapeos representacionales. El niño comienza a establecer relaciones lógicas entre un aspecto y otro de sí mismo, sin embargo sigue expresando su imagen en términos positivos absolutos, no puede ver cómo podría ser bueno en algunas cuestiones y no en otras (3-8).

El odontólogo debe proyectar una imagen de sensibilidad, debe basarse en la capacidad de apoyar al niño y ayudarlo a responder eficazmente a los desafíos de la situación odontológica, debe tener en cuenta los sentimientos del niño, reconocerlos y hablar de ellos, los temores deben tratarse abiertamente para ayudar al niño a identificar sus preocupaciones más comunes en la práctica odontológica y explicar los procedimientos para ayudara a aliviar los temores (1-3).

Existen unas escalas para medir el comportamiento de los niños, la más usada es la Frankl consiste en cuatro categorías:

- Negativo definitivamente
- Negativo
- Positivo
- Definitivamente positivo.

Las teorías para el manejo del comportamiento tienen su origen en las teorías de aprendizaje de la ciencia del comportamiento las cuales se agrupan en cinco perspectivas: la perspectiva psicoanalítica (Sigmund Freud y Erik Erikson), perspectiva del aprendizaje (Piaget y Vygotsky), perspectiva contextual (Bronfenbrenner)

Recibido para publicación: Diciembre 11 de 2011.
Aceptado para publicación: Marzo 5 de 2011.
Correspondencia:
J. Villavicencio, Universidad del Valle.
(judy.villavicencio@correounivalle.edu.co)

y la perspectiva evolutiva sociobiológica de Bowlby (4). El comportamiento está muy relacionado al temperamento del niño, antecedentes odontológicos y médicos, si ha presentado caries y antecedentes de dolor (5).

TEMPERAMENTO COMO PREDICTOR DEL COMPORTAMIENTO

El temperamento se refiere al estilo de comportamiento o a la manera en la cual los niños interactúan con su ambiente, es el modo característico que tiene una persona, para acercarse, reaccionar ante los demás y ante diversas situaciones.

Hay tres patrones del temperamento:

- Paciente pediátrico fácil: tiene estados de ánimo cuya intensidad va de apacible a moderado, usualmente positivos, responden bien ante la novedad y el cambio, desarrolla con rapidez horarios de sueño y alimentación (9,10).
- Paciente pediátrico difícil: presenta estados de ánimo intenso y con frecuencia negativo; llora a menudo y a gritos; también ríe a carcajadas. Bajo nivel de respuesta ante la novedad y el cambio, duerme y come con irregularidad.
- Paciente pediátrico de difícil manejo: tiene reacciones medianamente intensas, positivas o negativas, responde con lentitud ante la novedad y el cambio. Duerme y come con más regularidad que el paciente pediátrico difícil, pero con menos regularidad que el paciente pediátrico fácil (11).

COMPORTAMIENTO

Es de vital importancia para el odontólogo poder diferenciar los temores de la infancia y su comportamiento para así organizar mejor su plan de tratamiento.

El objetivo del manejo del comportamiento es establecer la comunicación para disminuir los temores y la ansiedad. Los niños en la segunda infancia de 3 a 6 años le temen: A los 3 años (mascaras, oscuridad, animales, separación de padres);

4 años (separación de padres, animales, oscuridad, ruidos (incluyendo ruidos en la noche); 5 años (animales, personas "malas", oscuridad, daño físico, separación de padres); 6 años (Seres sobrenaturales "fantasmas, brujas", daño físico, truenos y rayos, oscuridad, dormir o quedarse solo, separación de padres) (4,8,12,13).

Bajer et al en el 2004 Evaluaron La proporción de los niños que presentaban comportamiento negativo durante el tratamiento en 421 niños, y reportaron un comportamiento positivo en un 54% en contraste con 90 niños que presentaron comportamiento negativo en un 7% (3). Shinohara et al en el 2005 en una población de 104 niños encontraron que el comportamiento extremadamente negativo en consulta era de 14.4% y un comportamiento positivo se presentó en el 51% de los niños (8).

Shinji et al en el 2006 en su estudio con 48 niños en edades entre 3 a 5 años que asistían a consulta odontológica y evaluaron su comportamiento con un set de muñecas que contenía: un Odontólogo, higienista, miembros de la familia papá, mamá, hermanos y un consultorio dental con medidas de 36x24 cms y en el centro del set tenía una silla odontológica, con figuritas de 4 a 10cm y se reportó que el 77% aceptaban bien el tratamiento con un buen comportamiento (4).

Brogardh-Roth et al en el 2009 reportaron que el 53% de 153 niños preterminó presentaban ansiedad o timidez dental entre los 3 a los 6 años comparados con un 39% de 153 niños control (28).

Okano et al en el 2009 Evaluaron 37 niños (17 H y 20 M) de 3 a 12 años de edad con audición normal, los dividieron en la edad preescolar (3 - 6 años) y en edad escolar (6 - 12 años) grupos (12).

Wigen et al en el 2009 evaluaron 523 historias clínicas, fue un estudio bivariado y multivariado de regresión y demostró que los niños que pierden mas citas presentan un problema en el manejo de la conducta y

están asociados a experiencias tempranas de caries en la edad de 5 años (9).

Olumide et al en el 2009 En Un estudio europeo halló que el 35% de los niños de 5 y 12 años de edad estaban ansiosos de visitar el odontólogo en un 21%, en Noruega, Skaret y cols. Informó que el 15 al 19% de la muestra mostró una alta ansiedad dental. Aunque en Estados Unidos, se encontró que el 23% de 895 niños entre 5 a 11 años de edad mostraron miedo dental (17).

Zhou et al en el 2010. Realizaron una revisión sistemática de la literatura, encontraron que la técnica de manejo verbal ayuda a reducir la ansiedad y el miedo en los niños (16).

Smith y Freeman en el 2010 entrevistaron a 19 padres de diferentes edades (25-30), (31-40), (41-50) y origen social, cuyos hijos les habían realizado extracciones dentales, encontraron que presentaron una sensación de "malestar" comentarios de los padres y las percepciones de la odontología en la atención prestada a sus hijos. Esto fue conceptualizado y los padres reportaron que recordaban sus propias experiencias dentales en la niñez y la recordaban en el tratamiento dental de sus hijos, y concluyeron que los padres eran una influencia importante en el momento de la consulta dental (10-26). Freeman en 2007 había realizado una evaluación psicoanalítica de la familia en los grupos padre e hijo, el desarrollo psicológico infantil, encontrando que las experiencias de vida del niño tanto emocionales y reales son necesarias de entender por la naturaleza dinámica de la ansiedad en los niños y apreciar los factores ocultos en complejidades subyacentes asociadas con la ansiedad del niño en el tratamiento dental (34).

Peretz y Sarnat en el 2010 evaluaron 47 niños, 32 niñas de 4 a 13 años (edad media de 8.41 ± 2.29 años) a los que se les preguntó si habían experimentado algún dolor dental durante la semana anterior al estudio y lo que sintieron en cuanto al dolor y se les pidió completar la Escala

de Valoración de Dolor para la evaluación subjetiva en relación con diferentes órganos, los resultados arrojaron que los niños con dolor dental sufren más a menudo de dolores de estómago que los niños sin el dolor dental (14).

Huber et al en 2010 realizaron una revisión estructurada de la literatura y meta análisis de 43 estudios experimentales en los seis continentes, los estudios variaron ampliamente con respecto al diseño de la investigación, los métodos utilizados, la edad de los niños y el vínculo entre los padres pero reportaron miedo dental infantil. La mayoría de los estudios confirmaron una relación entre los padres- niño y el miedo al dentista. Esta relación es más evidente en niños de 8 años y menores (18,22).

Zhou et al en 2010 realizaron una revisión de literatura de 31 estudios para evaluar el efecto de la conducta del personal dental y el comportamiento de los niños en la consulta de 3 a 12 años y especialmente determinaron que un apropiado nivel de contacto físico, acompañado del manejo verbal está relacionado con la reducción de las conductas relacionadas a el miedo en los niños (33).

Xia et al en 2011 evaluaron factores asociados al manejo de la conducta en 209 niños entre 2 a 8 años, encontraron que durante el primer tratamiento, el 29,7% de los niños muestran problemas de comportamiento por ansiedad (31).

Koller et al en 2011 realizaron una revisión de la literatura de 150 artículos sobre las técnicas de distracción más utilizadas para el manejo de la ansiedad y el miedo en pacientes pediátricos entre 0-2 años, 2-5 años, 6-12 años, 13-19 años, las cuales varían dependiendo de la personalidad y el rango de edad de cada niño como(juguetes, música, películas, televisión, control de la respiración, imágenes y relajación) haciendo hincapié en la necesidad de reconocer las preferencias del niño como una forma para obtener una mejor práctica y respaldar los derechos del niño en la participación

en las decisiones de su cuidado oral (32).

IMPLEMENTACIÓN DE TÉCNICAS QUE AYUDAN AL NIÑO

La reacción principal reportada por los padres es la de prestar pleno apoyo, ya que el 98.6% de los padres cree que el control del comportamiento es importante para proporcionar el adecuado tratamiento, la mayoría de los padres necesitan explicación previa antes de la utilización de técnicas de manejo de la conducta (13-20).

Sobre la base de aceptación de los padres en el uso de técnicas de conducta en un estudio las técnicas se clasificaron en tres: decir-mostrar-hacer, el refuerzo positivo y la distracción como técnicas muy aceptable con más del 75% de aceptación (27).

Control de la voz, comunicación no verbal, así como la técnica de separación de los padres fueron aceptables en más de 50% y el oxido nitroso, la anestesia general, la sedación consciente, la restricción física, la hipnosis y la mano sobre la boca son las técnicas menos aceptables con un tasa inferior al 50% (13,17).

Es importante decir al niño lo que va a suceder, mostrarle todo antes de realizar cualquier procedimiento (22-21) para que así se preocupe menos y tenga más confianza, la fuerza y las demandas excesivas para el cambio de comportamiento deben ser evitadas, las técnicas adversivas pueden suprimir temporalmente el comportamiento no deseado (19), el comportamiento se disipa rápidamente cuando se interrumpe el refuerzo negativo, muchas veces el odontólogo puede verse forzado a utilizar técnicas de aversión en los comportamiento no deseados como supresión inmediata, pero lo único que se logra es incrementar el temor del niño y la resistencia al tratamiento (2-24).

La psicología ha desarrollado varias técnicas para modificar la conducta negativa y lograr conseguir un comportamiento ideal o deseado de forma gradual y un autocontrol

el cual requiere de tiempo y paciencia por parte del profesional: la desensibilización, el modelamiento y el reforzamiento positivo (decir, mostrar, hacer) son algunas de las técnicas (6,25,30):

- Desensibilización: técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. Incluye enseñar técnicas de relajación al paciente para lograr una relajación muscular y describir procedimientos que produzcan miedo, esta técnica es efectiva por que el niño aprende a sustituir la conducta inapropiada por una más apropiada mediante la relajación. (29)
- Modelamiento: cambio del comportamiento que resulta de la observación de otra persona. Es efectivo para aliviar la ansiedad, ya que lo que resultaba desconocido al niño pasa a ser conocido a través de la experiencia de otros. (15)
- Reforzamiento Positivo: esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado, es la más común para motivar a los niños a aprender. Es necesario aplicar inmediatamente el refuerzo y repetirlo con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento del niño. Los reforzadores pueden ser materiales, verbales y no verbales (24,25).

Como el uso de técnicas de distracción activas como apoyo para el control del miedo y la ansiedad en los niños teniendo en cuenta su edad y personalidad: Juegos multisensoriales interactivos que involucran el tacto sensitivo, audiovisual, cognitivo, motor, cinestésico, Tecnológicos: realidad virtual, control de la respiración, imágenes y relajación. Técnicas de relajación pasivas como la Música y la televisión, dando un mejor resultado en el control del miedo y reduciendo la ansiedad las técnicas de distracción activas en menores de 2 a 4 años (33).

La anestesia general y la sedación son otras alternativas para el manejo del paciente con comportamiento negativo y poca cooperación. La Academia Americana de Odontología Pediátrica propone el uso de estas técnicas en niños como otra medida

en la terapéutica del paciente de difícil manejo (13).

CONCLUSIONES

Esta revisión nos sirve como herramienta de consulta y apoyo al conocimiento sobre las conductas específicas de los niños en la niñez temprana y su tratamiento, el especialista debe manejar las técnicas de manejo.

En esta revisión se reportó un aumento de la ansiedad en la consulta dental del paciente pediátrico y cómo influyen los padres en el comportamiento del niño en la consulta odontológica.

Es necesario evaluar y adaptar al paciente con las diferentes técnicas del abordaje psicológico con un conocimiento y entrenamiento previo sobre la conducta y etapa psicosocial del niño, para poder crear cambios en su comportamiento.

El manejo de la conducta del niño en la consulta odontológica, se logra para mantener la colaboración del niño y promoviendo en él una actitud positiva hacia el tratamiento.

No existe una técnica determinada para manejar las emociones en el niño, ya que cada niño presenta un comportamiento diferente acorde a la edad.

REFERENCIAS

1. Hoyos LM, Vélez CC. Efecto de la psicoprevención por medio de un modelado con sonoviso sobre la conducta ante el tratamiento odontológico de niños entre cuatro y cinco años de edad. *Revista CES odontología*; 1995; 8(1).
2. Papalia DF, Feldman RD. *Desarrollo Humano*, 11 ed. Mexico: Mc Graw-Hill companies; 2010.
3. Baier K et al. Childrens Fear and Behavior in Private Pediatric Dentistry Practices. *Pediatric dentistry* 2004; 26(4).
4. Villavicencio J. Disfrutando a los pequeños dragones: Manejo del comportamiento. Congreso Nacional de Odontología 50 años ACFO 2011.
5. Gren AS et al. Pain and fear in connection to orthodontic extractions of deciduous canines. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2010; 20:193-200.
6. Rantavuori K et al. Factors Associated With Different Measures of Dental Fear among Children at Different Ages. *Journal of Dentistry for Children* 2009; 76(1).
7. Soto RM, Reyes DD. Manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*.
8. Shinohara S et al. The classification of the children by their behavior for the dental treatment using cluster analysis. *Pediatric Dental Journal* 2005; 15(2):191-194.
9. Wigen TI, Skaret E, Wang NJ. Dental avoidance behaviour in parent and child as risk indicators for caries in 5-year old children. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2009; 19:431-7.
10. Smith PN, Freeman R. Remembering and repeating childhood dental treatment experiences: parents, their children, and barriers to dental care. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2010; 20: 50-8.
11. Kortessluoma RL, Nikkonen M, Serlo W. You Just Have to Make the Pain Go Away” Children’s Experiences of Pain Management. *Pain Management Nursing* 2008; 9(4):143-9
12. Okano A, Miyamoto Y. Change in salivary levels of cromogranin A children by hearing dental air Turbine noise. *Pediatric Dental Journal* 2009; 19(2): 220-7.
13. Originating committee. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Pediatric Dentistry* 2009; 31(6):132-140.
14. Peretz B, Sarnat H. Relations between dental and somatic pain in children *International Journal of Pediatric dentistry* 2010; 20:201-6.
15. Roberts JF, Curson MEJ, Koch G, Martens LC. Review Behavior Management Techniques in Paediatric Dentistry. *Paediatric Dentistry* 2012; 11(4).
16. Zhou Y et al. Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behavior. Elsevier Ireland Ltd; 2010
17. Olumide F et al. Anticipatory anxiety in children visiting the dentist: lack of effect of preparatory information. *International Journal of Pediatric Dentistry* 2009; 19:338-42.
18. Themessl-Huber M et al. Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis. *International Journal of Pediatric Dentistry* 2010; 20: 83-101.
19. Milgrom P et al. Origins of childhood dental fear. *Behav. Res Ther* 1995; 33(3):313-19.
20. Townenda E, Dimige G, Fun D. A clinical study of child dental anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 2000; 38:31-46.
21. Coldwell SE, Getza T, Milgrom P. A LabVIEW 3 computer program for conducting exposure therapy for the treatment of dental injection fear. *Behaviour Research and Therapy* 1998; 36:429-41.
22. Mark D. Litt a model of pain and anxiety associated with acute stressors: distress in dental procedures. *Behav Res Ther*. 1996; 34 (5/6).
23. Coulthard S, Mackie R, Gazal G, Morton M, Jackson-Leech D. Intraoperative local anaesthesia for paediatric postoperative oral surgery pain – a randomized controlled trial. *Journal of Oral Maxillofacial Surg* 2006; 35:1114-19.
24. Arthur H, Friedlander F. Posttraumatic stress disorder: Psychopathology, medical management, and dental implications. *oral surgery oral medicine oral pathology* 2004.
25. Locker D, Liddell A, Shapiro D. Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study *Behaviour Research and Therapy* 1999; 37:25-37.
26. García A, Parés GE, Hinojosa A. Evaluación de la ansiedad y la percepción de los padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información. *Revista Odontológica Mexicana* 2007; 11(3):135-139.
27. Surya J, Harkera H, Begent J, Chong W. The management of infants and children for painless imaging *Clinical Radiology* 2005; 60:731-741.

28. Brogardh-Roth S et al. Parental Perspectives on preterm childrens oral health behavior and experience of dental care during preschool and early school years. *Internacional Journal of pediatric dentistry* 2009; 19: 243-250.
29. Arnrup et al. Lack of cooperation in pediatric dentistry- the role of child personality characteristics. *Pediatric Dentistry* 2002.
30. Ji Y et al. Risk behaviors and its association with caries activity and dental carias in Japanese children. *Pediatric Dental Journal* 2006; 16(1):91-5.
31. Xian B, Wang Ch-L, Ge L-H. Factor associated with dental behavior management problems in children aged 2- 8 years in Beijing, China. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2011.
32. Koller D, Goldman RD. Distraction Techniques for Children Undergoing Procedures: A Critical Review of Pediatric Research. *Journal of pediatric Nursing* 2011.
33. Zhou Y, Cameron E, Forbes G, Humphris G. Systematic review of the effect of dental staff behavior on child dental patient anxiety and behavior. *Patient Education and counseling* 2010; 85:4-13.
34. Freeman R. A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2007; 17:407-418.